STANFORD LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO
37 G. 23590
1913.

Über einen Fall von Psychose nach Kokaingebrauch.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der Königlichen Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt von

Franz Gröning

aus

Mesum i. W.

2 AUG 1913

DEC 20 1913

Münster i. W.

Universitätsbuchdruckerei Johannes Bredt.

1913.

Über einen Fall von Psychose nach Kokaingebrauch.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der Königlichen Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt von

Franz Gröning

aus

Mesum i. W.

2 AUG 1913

Münster i. W.

Universitätsbuchdruckerei Johannes Bredt.

1913.

821)

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Dekan: Prof. Dr. Bonnet.
Referent: Prof. Dr. Hübner.

Meiner lieben Mutter.

Literatur.

Bergmann: Ein Fall von akuter Kokainvergiftung. Münch. Med. Wochenschr. 1900 Nr. 12.

Bose: Kailas Chunder. Cocaineintoxikation and its demoralizing effects. Brit. med. Journ. I. p. 1020.

Crothers, F. D.: Cocain inebriaty. The Philadel. med. Journ. May 28 p. 1002.

Gordon, Alfred: Insanities Caused by acute and chronic Intoxikations with Opium and Cocain. A. Study of 171 Cases. Suggestions for Legislative and other measures. The Question of Responsability. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. LI No. 2 p. 97.

Hempel, Karl: Über einen Selbstmordversuch mit Kokain. Inaug.-Diss. Leipzig.

Higier, H.: Ein Fall von Kokainismus mit eigentümlichem Nervenanfall. Gazetta la Karska.

Léqueyer: Un cas de cocainisme chronique par la muqueuse nasale. Gazette medicale de Nantes. 23e Annee No. 11 p. 206.

Lipschitz: Zur Aetiologie der Melancholi. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 18.

Palmer, H. B. und Edin, S.: Notes of a case of cocaine poisonning. The Lancet. 12. III.

Simonson, Thomas G.: The Increase of the use of cocain among the Laity in Pittzburg Philad. med. Journ. Vol. 11 p. 556.

Westphal, A.: Über Intoxikationspsychosen, Charité-Annalen Bd. 22 p. 659.

Unter den Wirkungen des Kokains ist die Lähmung der Endigungen der sensiblen Nerven an den Applikationsorten die wichtigste. Sie tritt überall auf, wo Kokain in einiger Konzentration hingebracht und verbreitet werden kann, namentlich beim Aufbringen seiner konzentrierten Lösung auf die Schleimhäute, welche gleichzeitig blutleer, blaß und kühl werden. Die Anaesthesie beginnt nach 3 bis 5 Minuten und ist nach 10 bis 15 Minuten beendet. Während dieser Zeit sind alle Sinnesempfindungen, Gemeingefühle und Reflexe, welche von diesen Orten ausgehen, unterdrückt.

Bei größeren Gaben findet Erregung des Atmungs- und Gefäßnervenzentrums und der Reflexzentren des Rückenmarkes statt. Die hierbei auftretenden Vergiftungserscheinungen sind in leichteren Fällen: Rauschartige Erregung, Schwindel, Übelkeit, beschleunigte Atmung und tetanische Krampfanfälle. Hervorzuheben ist die rasch eintretende Gewöhnung. Personen, welche das Kokain als Genußmittel für sich oder als Ersatz für Morphin gebrauchen, gelangen nicht selten zu Tagesdosen von 1 g, verfallen dafür aber einer chronischen Vergiftung, welche unter Geisteszerrüttung und Marasmus noch viel schneller das Ende herbeiführt als der habituelle Genuß des Morphins. Und daß gerade auf psychischem Gebiete, sogar ganz geringe Dosen, die schwersten Störungen hervorrufen können, zeigte ein Fall, den man in der hiesigen Bonner psychiatrischen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bevor ich jedoch zur Schilderung dieses Einzelfalles übergehe, möchte ich zunächst verschiedene Fälle aus der Literatur erwähnen, die nach Kokainanwendung in irgend einer Form mehr oder minder große Störungen auf psychischem Gebiete aufweisen.

A. Westphal teilt zunächst einen Fall von chronischer Bleiintoxikation mit, bei dem Irresein und epileptische Anfälle bestanden. 1882 komplizierte sich derselbe mit Morphinismus, 1894 mit Morphiumkokainismus. Es entsteht eine Paranoia hallucinatoria. Während der Entziehungskur treten choreaähnliche Störungen auf, nach derselben paralytische Erscheinungen, welche völlig zurückgehen. Das Allgemeinbefinden hebt sich und es entwickelt sich schließlich eine chronische Paranoia.

Der zweite Fall Westphals betrifft eine Krankenpflegerin, welche seit 10 Jahren an Morphinismus, seit 2 Jahren an Morphiokokainismus leidet. Es entsteht eine halluzinatorische Psychose, nach der Entziehungskur dauern die Halluzinationen und Illusionen des Gefühls noch fort.

Léqueyer beobachtete bei einem jungen Mädchen einen chronischen Kokainismus und zwar indem es sich das Kokain durch die Nase einverleibte. Es hat auf diesem Wege innerhalb eines Jahres 161 g in seinen Körper eingeführt. Vor allem bestand außerordentliche Abmagerung. Außerdem will Patientin hin und wieder Gehörs- und Gesichtshalluzinationen gehabt haben. Eine für ihre Umgebung unerträgliche Reizbarkeit war vorhanden, daneben fast absolute Schlaflosigkeit. Das Kokain wurde plötzlich entzogen ohne irgend welche Störung.

Gordon bringt eine kurze, prägnante Schilderung der nach der akuten und chronischen Morphium- und Kokainintoxikation auftretenden psychischen Störungen.

Er betont besonders die anfangs langsam und schleichend und fast unmerklich sich entwickelnde Demenz.

Einen eigentümlichen Nervenanfall infolge von Kokainismus beschreibt Higier. Ein 26jähriger Zahnarzt injizierte sich seit 2 Monaten Kokain in allmählich steigenden Dosen von 0,03 bis 4 g p. d. Appetitlosigkeit, Händezittern, Paraethesien, zuletzt Anfälle, die mit Anxietas praecordialis, Atembeschleunigung, Hautblässe begannen und dann zu einer akuten Ataxie der oberen und unteren Extremitäten nebst Bewußtseinsstörungen und maniakalischer Erregungen führten. Man diagnostizierte falsch delirium tremens. Beruhigung nach Morphiuminjektionen. Zu Gunsten der Kokainpsychose spricht:

1. bräunliche Verfärbung der Haut,
2. eigentümliche Hautempfindungen, Halluzinationen in Form von Kugel- und Pulverempfindung unter der Haut und
3. das Fehlen der charakteristischen Störungen für Alkoholismus.

Crothers macht auf das Anwachsen der Kokaineinfuhr aus Deutschland nach New-York aufmerksam. Die Einfuhr stieg von 14 284 auf 100 000 kg, zugleich wurde das Kokain um mehr als die Hälfte billiger, die Folge davon ist eine enorme Ausbreitung des Kokainismus. Die Kokainpsychose ist infolgedessen eine häufige Erscheinung in den Spitälern. In den meisten Fällen von Kokainpsychose handelt es sich um Leute, welche das 30. Lebensjahr bereits überschritten haben. Die meisten sind Alkoholisten und Morphinisten. Gelegentlich werden Kokainisten für Alkoholisten gehalten, wenn die psychischen Störungen sich einstellen. Bei längerem Gebrauche stellen sich allmählich zunächst weniger hervortretende Wahnideen

und Sinnestäuschungen auf. Die Sinnesorgane sind hyperästhetisch, die klare Orientierung schwindet rasch, ein Gefühl von Angst vor Gefahr stellt sich ein, das zunächst eine viel vagere Form behält als bei den Alkoholisten. Mit Sinnestäuschungen im Gebiete der Hauptsinne stellt sich Furcht vor Ansteckung und Krankheit und Mißtrauen und Angst vor Verfolgung ein, manchmal auch plötzliche hochgradige Nymphomanie. Dabei finden sich ausgesprochene körperliche Veränderungen von seiten der Haut, der Augen, des Herzens und der Verdauung mit Attacken von starkem Schreckensausbruch und Dyspnoe, klonischen und tonischen Krämpfen und großer Schwäche.

Einen Fall von Kokainvergiftung teilen Palmer und Edin mit. Statt Koffein nahm ein 40jähriger Mann 10 „grains“ Kokain. hydroloric. mit 10 „grains“ Ammonium bromid. 2 Stunden nach dem Mittagessen. Kurz darauf trat ein abnorm starkes Wohlbefinden ein, dem bald Taubheitsgefühl in Händen und Füßen folgte, begleitet von spastischen Zuckungen der Glieder. Der Unterkiefer zitterte, der Mund war anästhetisch. Die Augäpfel waren bewegungslos infolge Lähmung der Augenmuskeln bei normalen Levatores palbebrarum. Nach Vin. Ipecacuanhae erfolgte Erbrechen. 40 Minuten nach der Vergiftung wurde die Sprache undeutlich, die Atmung bis auf 8 in der Minute verlangsamt bei einer Pulsbeschleunigung von 120. Eine subkutane Injektion von Strichnin $^1/_{10}$ g und Digitalin $^1/_{60}$ g besserte sofort die Atmung. Es trat dann langsame Besserung unter starkem Erbrechen ein. Nach 7 bis 8 Stunden war der Zustand normal.

Bose berichtet über 10 Fälle von Kokainismus, welche er in Calcutta beobachten konnte und machte auf die schädlichen Folgen des Kokainmißbrauches auf-

merksam. Die Dosis von Kokain, welche von den Patienten täglich genommen worden war, betrug 1 bis 3 g, bisweilen in Verbindung mit anderen Narcoticis oder als Ersatz des Opiumgenusses. Die Folgen des Kokainismus zeigten sich in Gestalt von Schlaf- und Appetitlosigkeit, Halluzinationen, Demenz, Gedächtnisschwäche und akuten Erregungszuständen. Das einzige Mittel gegen den Kokainismus ist Entziehungskur in der Anstalt.

Simonson macht darauf aufmerksam, daß in Pittzburg die Gewohnheit, Kokain in irgend einer Form als Genußmittel zu nehmen, erschreckend zunimmt. Am stärksten huldigen die Schwarzen diesem Mißbrauch. Kokain wird von den Reicheren unter die Haut gespritzt, die Ärmeren schnupfen es. Die Farbigen zeigen die geringsten Veränderungen unter dem steten Gebrauch des Mittels; es gibt Menschen, die andauernd blühend aussehen trotz eines starken Kokainkonsums. Im allgemeinen tritt sehr bald ein körperlicher und geistiger Zusammenbruch ein, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen und Verfolgungsideen.

Hempel beobachtete im Stadtirren- und Siechenhause in Dresden einen 31jährigen Kaufmann, der wiederholt ohne klaren Beweggrund mehrere weniger ernsthafte Selbstmordversuche mit Kokain machte und jedesmal unter den Symptomen einer Kokainpsychose erkrankte.

Sollier berichtet über eine Beobachtung, die einen schweren Fall chronischer Vergiftung mit Morphium und Kokain betrifft. Der Patient hat zahlreiche nervöse und psychische Störungen (Sinnestäuschungen, besonders des Gesichtssinnes). Von den nervösen Störungen ist eine ausgedehnte bilaterale Pigmentierung der Unterschenkel und Füße, sowie der ganzen Bauch- und Lendengegend

bemerkenswert. Obwohl auch eine starke Nephritis, Ödeme der Beine vorhanden war, so gelang die Heilung völlig, die auf psychischem Gebiete durch eine rasche Entziehung des Kokains und eine allmähliche des Morphiums erreicht wurde.

Einem 44jährigen kräftigen Manne mit hartnäckiger Ischias injizierte Bergmann 1 ccm einer Kokainlösung in die Gegend des Ischiadicus. Nach 5 Minuten war der Schmerz spurlos verschwunden. Am nächsten Tage wurden wegen in der Wade noch bestehender Schmerzen in die Gegend des nervus peroneus 0,03 g Kokain injiziert. Sofort danach akute Intoxikation mit leicht benommenen Sensorium, raschem Puls und Atmung. Nach 10 Minuten klonische Krämpfe in den Extremitäten. Nach einer halben Stunde war der Zustand beseitigt. Die Ischias war dauernd geheilt.

Nun möchte ich zur Schilderung des Falles übergehen, den man im Jahre 1907 in der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachtete.

Es handelt sich um den 36 Jahre alten Patienten L.W.

Aus der Anamnese, die teils von seiner Frau, teils von seinem Dienstherrn erfahren wird, geht hervor, daß wesentliche Heredität nicht bestand. Der Vater und Großvater sollen allerdings trinken resp. getrunken haben. Geistesstörungen sind jedoch nirgendwo zu erfahren. Patient will als Kind viel krank gewesen sein, u. a. Gelenkrheumatismus. Infektionskrankheiten, wie Scharlach und Diphtherie soll er nicht durchgemacht haben, ebenfalls werden Lues und Gonorrhoe negiert. Nach einem halben Jahre ist er vom Militär entlassen worden. Er besuchte die Dorfschule seines Heimatortes; das Lernen in der Schule ist ihm leicht gefallen. Ein Handwerk hat er

nicht erlernt, er arbeitete zunächst bei seinem Vater auf dem Hofe, wurde später Kutscher und wie sein damaliger Dienstherr mitteilte, war er ein sehr ordentlicher und überall beliebter Mann. Schließlich wurde er Chauffeur. Seit 4 Jahren ist er verheiratet und wie die Frau angibt, in dieser Zeit nie krank gewesen. Die Frau hat bis jetzt zwei Aborte gehabt. Im Dezember 1905 reinigte er bei brennender Lampe ein Automobil. Hierbei entstand eine Benzinexplosion. Er zog sich ausgedehnte Verbrennungen an beiden Beinen zu.

Er wurde zunächst im St. Franziskus-Hospital behandelt. Es sind im ganzen etwa 10 Transplantationen an den Beinen gemacht worden. Diese Transplantationen wurden bis auf die letzte in Chloroformnarkose gemacht. Bis Anfang November wurde er, ohne daß irgend welche nervösen oder psychischen Störungen auffielen, noch behandelt. Da Patient Chloroform bei den Transplantationen nicht mehr vertrug, wurde bei der letzten Operation Kokain angewandt.

Wie Patient nun angibt, habe er sofort nach der Kokaininjektion Lachkrämpfe bekommen, hatte dann das Gefühl, als ob der Kopf ihm gespalten wäre. Sein Herz schlug dann nicht, sondern tanzte gleichsam im Leibe herum, er verspürte ein andauerndes Kribbeln in den Fingerspitzen. Er sei sehr erregt geworden, glaubte, er müsse sterben, litt unter Gesichtshalluzinationen; er machte sich zum Vorwurf, Kinder getötet zu haben. Deswegen wurde er am 13. 11. 1906 zunächst zur Lindenburg in Cöln gebracht. Am 4. 12. 1906 wurde er in die hiesige psychiatrische Klinik eingeliefert.

Bei der Aufnahme zeigte er ein ängstliches Wesen, starke Depression, er macht sich selbst Vorwürfe, zeitweise

besteht große motorische Unruhe, er reißt sich die Verbände ab. Zeitweise Nahrungsverweigerung.

Es besteht eine Atrophie beider Beine. Rechts frische Narben, links noch einige granulierende Stellen.

Er hat einen großen Schädel, leichte Gesichtsasymetrie, große Ohren mit angewachsenen Ohrläppchen, ziemlich steiler Gaumen.

Pupillen beiderseits ca. 3 bis 4 mm weit, leicht entrundet, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer (angeboren), Zunge o. B.

Cor und Pulmones ohne pathologische Veränderungen.

Patellarreflexe sind gesteigert. Achillessehnenreflexe nicht sicher zu erzielen.

Er erzählt spontan, er sei aus der Lindenburg herausgeworfen worden, weil er nicht habe bezahlen können, er erzählt alles mit stockender, leiser Stimme, macht einen traurigen Eindruck, muß sich auf alle Antworten lange besinnen.

Er habe große Angst, sei schon 6mal tot gewesen. Er habe früher viel schlechtes begangen, er höre Stimmen, Hundsgebell und Menschenstimmen, was letztere sagten, wisse er nicht. Sie hätten des öfteren gerufen, daß er aus der Lindenburg fort müsse, da er nicht bezahlen könne. Er habe nachts überhaupt nicht geschlafen.

Am anderen Tage wendet er sich an den Arzt und fragt ihn, ob er auch die Schlangen sehe, im Nebenzimmer könne man sie sehen, er sei verurteilt lebenslänglich welche zu sehen, weil er seiner Familie etwas angetan habe. Aus seinen weiteren Angaben ist zu entnehmen, daß er den rechts von ihm liegenden Kranken für den lieben Gott hält.

Bei besonders wichtigen Mitteilungen bedient er sich der Flüstersprache, er hält sich für verloren, weil er 7 Meineide geschworen habe und zweimal die Ehe gebrochen habe.

Jammert oft wieder tagelang, verweigert die Nahrung, läßt nachts Urin unter sich gehen.

Er macht sich Vorwürfe, daß er zuviel esse, er ist zeitweise wieder sehr aufgeregt, reißt die Verbände in Stücken ab und will sie verschlucken, er kratzt die Wunden auf, er äußert bisweilen Wahnideen depressiven Charakters, in dem Sinne, daß andere Leute in Unglück kämen, weil er hier sei.

Er habe den Kaiser gebrandschatzt dadurch, daß er hierher gekommen sei, obwohl er nicht zahlen könne; statt daß er für seinen armen Vater sorge, liege er untätig hier. Er hat vor, sich das Leben zu nehmen.

Er sieht schwarze Flecken auf der Decke und dem Boden, die ihm in die Augen hineindringen; aus diesen Flecken entwickeln sich weiße und schwarze Tiere, er sieht Elefanten mit 15 Beinen, Männer mit blauen Kitteln, die vor seinen Augen Tänze aufführen. Jede Falte der Bettdecke erscheint ihm als eine Tiergestalt. Aus seiner Brust sieht er Feuer sprühen.

Er hört nachts Stimmen, die ihm zurufen: Ludwig komm doch; er meint, die Leute wollten ihn damit verhöhnen, da er wegen seiner Beine nicht gehen könne. Des öfteren hat er nachts Vorstellungen von Gerichtsverhandlungen, die deswegen geführt werden, weil er nicht zahle.

Monatelang traten diese Symptome bald stärker, bald schwächer auf, bis schließlich der Patient sich allmählich voll und ganz beruhigte und er am 28. 6. 1907 entlassen werden konnte.

Bei der Beurteilung dieses Falles haben wir uns zunächst 3 wichtige Fragen vorzulegen:

1. Warum ist der Fall eine Melancholie?
2. Welche Symptome werden auf das Kokain zurückgeführt?
3. Warum werden diese Symptome auf das Kokain zurückgeführt?

Was nun die erste Frage anbelangt, so ist bei unserem Kranken der ganze Symptomenkomplex der Melancholie vorhanden. Gleich von Beginn der Erkrankung an ist Patient ängstlich, er klagt über Kopfschmerzen, er hat das Gefühl, „als wenn ihm der Kopf gespalten wäre". Die Symptome der Geistesstörung werden deutlicher, eine tiefe, andauernd traurige Verstimmung bemächtigt sich seiner. Er werde wohl nie wieder gesund werden. Er jammert oft den ganzen Tag, nichts macht ihm mehr eine Freude.

Mit der Depression verbindet sich bei fast allen Fällen der Melancholie ein mehr oder weniger großes Angstgefühl, das in die verschiedensten Körperteile lokalisiert wird. Unser Patient klagt andauernd über großes Angstgefühl, das bei ihm im Kopfe sitzen soll. Er kann nachts nicht schlafen.

Auch psycho-motorische Hemmungen, wie man sie bei der Melancholie findet, zeigen sich bei unserem Kranken. Alles erzählt er mit stockender, leiser Stimme. Bei besonders wichtigen Mitteilungen bedient er sich der Flüstersprache. Auf alle Antworten muß er sich lange besinnen. Es macht ihm ersichtliche Mühe, überhaupt eine Antwort zu geben.

Auch fehlen hier nicht die Selbstbeschuldigungen und Versündigungsideen, er habe früher viel Schlechtes

begangen, 7 Meineide geschworen und zweimal die Ehe gebrochen, und Kinder getötet. Er macht sich Vorwürfe an allem schuld zu sein, seine Familie verraten zu haben. Er esse zuviel, obwohl er nicht bezahlen könne, „ich habe den Kaiser gebrandschatzt dadurch, daß ich nach hier gekommen bin, obwohl ich nicht bezahlen kann". Statt für seinen Vater zu arbeiten, liege er untätig hier. Nahrungsverweigerung und Selbstmordversuch, Symptome, die wir bei unserem Kranken finden, sind auch charakteristische Zeichen der Melancholie.

Hiermit haben wir wohl zur Genüge bewiesen, daß unser Fall eine Melancholie ist, bei dem alle typischen Symptome dieser Erkrankung vorhanden sind.

Bei der Beobachtung dieses Falles bemerken wir verschiedene Symptome, die wir im allgemeinen bei einer Melancholie nicht vorfinden. Während namentlich der junge Melancholiker vorwiegend ein gehemmtes, wenn auch ängstliches Verhalten zeigt, treten bei diesem Kranken, der doch verhältnismäßig noch jung an Jahren ist, die Erregungszustände in besonders hohem Maße in den Vordergrund. Große motorische Unruhe mit ausgesprochener ängstlicher Erregung kommt fast ausnahmslos nur bei älteren Leuten vor und sind gewöhnlich Begleiterscheinungen der Melancholie des höheren Lebensalters. Unser Patient ist sehr unruhig, sitzt nachts im Bett aufrecht, schimpft und schreit, läuft mit dem Kopf gegen die Wand, dauernd reißt er die Verbände ab und will die Stücke verschlingen. Es besteht eine fast absolute Schlaflosigkeit.

Ferner fehlen die Sinnestäuschungen während der Melancholie nicht selten. Krankheitsfälle mit zahlreichen, längere Zeit andauernden Sinnestäuschungen gehören zu

den Ausnahmen und kommen auch fast nur bei älteren Leuten vor. Unser Patient hat während der ganzen Krankheit die schwersten Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. Er hört des Nachts Stimmen, Hundegebell und Menschenstimmen. Sie rufen ihm zu: „Ludwig komm doch!“ Er fragt den Arzt, ob er auch die Schlangen im Nebenzimmer sehe. Er sieht Elefanten mit 15 Beinen, Männer mit blauen Kitteln, die vor seinen Augen Tänze aufführen. Er hat des Nachts Vorstellungen von Gerichtsverhandlungen, die seinetwegen geführt werden. Bis kurz vor seiner Heilung will er noch immer „Gesichter“ gehabt haben. Und wenn der Patient sieht wie Feuer aus seiner Brust sprüht, so gehört dieses Symptom sicher nicht zum Krankheitsbilde der Melancholie.

Diese deliriösen Zustände, wie lautes Schreien, der andauernde Versuch, den Verband aufzureißen, ferner die während der ganzen Krankheit auftretenden Gehörs- und Gesichtshalluzinationen erinnern an Psychosen, die infolge von Kokainvergiftung auftreten.

Wenn in der Literatur auch keine Fälle von lang andauernden Psychosen nach Anwendung von Kokain erwähnt werden, so zeigen doch verschiedene Fälle, daß fast immer starke akute Erregungszustände, fast absolute Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, ferner Gehörs- und Gesichtshalluzinationen im Vordergrund stehen.

So berichtet u. a. Bose über 10 Fälle von Kokainismus, die alle diese Symptome aufweisen. Auch Sollier betont besonders die Störungen des Gesichtssinnes.

Selbst nach einer Injektion von 0.03 g Kokain treten bei dem Bergmannschen Falle die stärksten nervösen wie psychischen Symptome auf.

Und wenn wir nun wissen, daß unser Patient, der im Dezember 1905 den Unfall erlitt, und bis zum November 1906 psychisch vollständig normal war, gleich nach der Einspritzung Lachkrämpfe bekam, daß das Herz ihm im Leibe herumtanzte, daß er ein andauerndes Kribbeln in den Fingerspitzen verspürte und daß einige Zeit darauf die Psychose ausbrach, so dürfen wir mit ziemlicher Sicherheit einen großen Teil der Erkrankung der Wirkung des Kokains zuschreiben.

Interessant ist der Fall nun auch insofern noch, als er Gegenstand eines Entschädigungsanspruches war. Um beurteilen zu können, ob die Melancholie im Zusammenhange mit dem Unfalle steht, sind verschiedene Faktoren in Erwägung zu ziehen.

Wie aus den Mitteilungen von Lipschitz zu ersehen ist, hat die Melancholie die mannigfachsten Ursachen. Heredität spielt eine wichtige Rolle. Bei weitem am häufigsten werden Gemütsbewegungen als Ursache der Erkrankung angeschuldigt. Nicht minder selten sieht man im Anschluß an Traumen Melancholie entstehen. In einer kleinen Anzahl von Fällen scheint eine direkte Beziehung zwischen der körperlichen Erkrankung und der Psychose zu bestehen.

Auch bei unserem Falle besteht zweifelsohne ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Erkrankung — der Verbrennung — und der Psychose. Bekanntlich entstehen bei Verbrennungen Toxine. Das Allgemeinbefinden wird dadurch gestört. Stoffwechselstörungen treten in erheblichem Maße auf. Dadurch wird der Kranke körperlich erheblich geschwächt und so ist der Boden für den Ausbruch einer Psychose geschaffen. In unserem Falle fehlt es an ursächlichen Momenten nicht. Der Patient hat

ausgedehnte Verbrennungen erlitten. Es mußten 10 Transplantationsversuche gemacht werden. Er hat dabei viel Chloroform eingeatmet, schließlich kam auch das Kokain noch hinzu.

Alle diese ursächlichen Momente hängen aber mit dem Unfall aufs engste zusammen und so wird man nicht umhin können, einen Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose anzuerkennen.

Das von dem Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt erstattete Gutachten sprach sich dann auch in diesem Sinne aus.

Noch eine Frage ist kurz zu erörtern. Es kommt verhältnismäßig selten vor, daß eine Melancholie nicht rezidiviert, wenn der erste Anfall in jungen Jahren auftritt.

Wieweit ist nun der Entschädigungspflichtige für den zweiten Anfall haftpflichtig?

In dieser Beziehung muß man sich der Tatsache erinnern, daß das manisch depressive Irresein eine exquisit endogene Erkrankung ist und somit der einzelne Anfall wohl durch äußere Ursachen ausgelöst werden kann, spätere Unfälle aber nicht ohne weiteres auf die Ursache des ersteren zurückgeführt werden dürfen.

Dieses gilt auch für den vorliegenden Fall um so mehr, als inzwischen die ausgedehnten Verbrennungen überhäutet sind und der Patient in der Lage ist, wieder eine leichtere Beschäftigung auszuüben.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich am 26. Februar 1885 zu Mesum in Westfalen als Sohn des Fabrikbesitzers Wilhelm Gröning und seiner Ehefrau Maria geb. Bönstrup. Bis zu meinem 10. Lebensjahre besuchte ich die Elementarschule meines Heimatortes, dann das Gymnasium zunächst in Rheine i. W., später in Vechta in Oldenburg, wo ich Ostern 1905 mein Abiturientenexamen bestand. Ich widmete mich dem Studium der Medizin, machte Ostern 1908 mein Physikum in Würzburg, und bestand am 23. Oktober 1911 zu Bonn mein medizinisches Staatsexamen. Mein Medizinalpraktikantenjahr verbrachte ich vom 1. November 1911 an bis zum 1. November 1912 an der Akademie für praktische Medizin zu Cöln.